

Udrożnienie dróg oddechowych rurkami gardłowymi

Maria Kózka

Rurki ustno- i nosowo-gardłowa zapobiegają cofaniu się nasady języka i dzięki temu utrzymują drożność dróg oddechowych. Ponadto nie dopuszczają do zamknięcia tych dróg wargami, zębami czy też wydzieliną w jamach nosowych.

Rurki gardłowe można założyć jedynie choremu nieprzytomnemu. Gdy zachowane są odruchy obronne, rurka powoduje podrażnienie dolnej części gardła i może spowodować skurcz głośni lub wymioty.

Rurki nosowo-gardłowe są lepiej tolerowane przez pacjentów w stanie przedśpiączkowym, ale mogą wywołać obfite krwawienie z nosa.

Cel:

- podtrzymanie języka i umożliwienie, dzięki obecnemu w rurce kanałowi, swobodnego przepływu gazów oddechowych.

Wskazania:

- całkowite lub częściowe zatkanie górnych dróg oddechowych;
- tzw. wał zwarciowy u chorego nieprzytomnego lub zaintubowanego;
- pomoc przy odsysaniu wydzieliny z gardła.

Wprowadzenie rurki ustno-gardłowej (Guedela)

Przygotowanie sprzętu:

- łukowato wygięte rurki ustno-gardłowe (w kształcie litery J) w różnych rozmiarach: dużym, średnim i małym (w zestawie ratowniczym powinny być przynajmniej dwa rozmiary);

- rękawiczki;
- plaster do umocowania rurki.

Przebieg wykonania:

- chorego układamy w pozycji leżącej na wznak lub na boku;
- otwieramy choremu usta;
- wkładamy rurkę do jamy ustnej wypukłością zwróconą w dół, czyli ku podbródkowi chorego, a wklęsłą stroną zwróconą ku podniebieniu;

- gdy koniec rurki znajduje się w połowie długości języka, rurkę obracamy o 180°, czyli wypukłością w górę, ku nosowi ratowanego;
- w czasie wykonywania obrotu rurką należy uważać, aby nie zepchnąć języka ku górze ani w stronę tylnej ściany gardła;
- w sytuacji wystąpienia wymiotów, należy odwrócić głowę chorego w bok i odessać wydzielinę.

Uwaga! Obracania rurki ustno-gardłowej nie zaleca się, jeśli chory ma słabe użębienie lub jest po urazie tej okolicy – może dojść do wypadnięcia zębów lub nasilenia się krwawienia.

Wprowadzenie rurki nosowo-gardłowej (Wendla)

Przygotowanie sprzętu:

- rurka nosowo-gardłowa o różnej średnicy (zwykle od 6 do 8 mm);
- rękawiczki;
- 2% żel zwilżający i znieczulający miejscowo (lidokainowy);
- plaster do umocowania rurki.

Przebieg wykonania:

- rurkę zwilżyć żelem;
- ścieżkę wylotu rurki zwrócić w górę;
- po ustąpieniu oporu w czasie wprowadzania rurki (po przejściu za małżowiny nosowe) odwrócić rurkę o 180°;
- wsuwać rurkę do chwili wyraźnego usłyszenia szmeru oddechowego, zbyt głębokie wprowadzenie rurki grozi wyzwoleniem skurczu głośni lub intubację przełyku;
- dopiero po potwierdzeniu prawidłowego położenia rurki można ją umocować.

BIBLIOGRAFIA

1. Kamiński B., Dziak A.: *Postępowanie w stanach zagrożenia życia*. PZWL, Warszawa 1997.
2. Meuret G.H., Lollgen H. (tłumaczył: Müller P.): *Podstawy reanimacji*. Medycyna Praktyczna, Kraków 1993.
3. Sych M.: *Resuscytacja. Teoria i praktyka żywienia*. PZWL, Warszawa 1995.